

交通災害共済見舞金請求書

山梨県市町村総合事務組合長 殿

市町村名	
------	--

事故発生状況	事故発生日時	年 月 日 午前・午後 時 分			
	事故発生場所				
添付書類	飲酒運転の有無	有・無	免許証の有無	有・無	運転免許証の写し（市役所又は町村役場で複写したものを裏面に貼付すること。（運転者の場合に限る。）
	被害の程度	<input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 障害 身体障害者福祉法に基づく等級 (級)	<input type="checkbox"/> 傷害	入院日数 (日) 実治療日数（入院+通院） (日)
添付書類		・交通事故証明書（又は交通災害申立書） ・診断書（検案書） ・加入者証（写し） ・免許証（写し）			

上記により交通災害共済見舞金を請求します。

なお、貴組合が本見舞金請求に関する個人情報を本見舞金に必要とする範囲で、医療機関及び事故に関する関係先等に提供を行い、又はこれらの者から提供を受けることに同意します。

平成 年 月 日

被災加入者（加入者番号 _____） **請求者**（被災加入者との続柄 _____）

住所（〒 _____） 住所（〒 _____）

氏名 _____ 氏名 _____
請求者の連絡先（電話） _____

銀行・信金（金融機関コード： _____） 支店（支店番号： _____）
信組・農協
普通預金 ・ 当座預金 ・ その他 (口座番号)

<利用目的の明示>

被災加入者及び見舞金請求者の個人情報は、本見舞金の支払いのほか、交通災害共済制度の維持管理に必要な範囲で利用します。

見舞金支払決定額	¥ _____	見舞金額を制限した場合の理由				
共済見舞金の認定	等級	被害の程度	金額	〇印	組合長 事務局長 業務課長 係 担当者 総務課長 会計管理者 係 支給番号 上記のとおり共済見舞金の支給を決定する。 年 月 日 取扱主任 係 事務取扱者 上記のとおり共済見舞金の支給を決定する。 年 月 日	
	1	死亡	1,000,000円			
	2-1	身体障害者福祉法に	1級から3級	300,000円		
	2-2	基づく等級	4級から7級	200,000円		
	3-1	入院日数	90日以上	180,000円		
	3-2	実治療日数	90日以上	90,000円		
	4-1	入院日数	75日以上90日未満	160,000円		
	4-2	実治療日数	75日以上90日未満	80,000円		
	5-1	入院日数	60日以上75日未満	140,000円		
	5-2	実治療日数	60日以上75日未満	70,000円		
6-1	入院日数	45日以上60日未満	110,000円			
6-2	実治療日数	45日以上60日未満	55,000円			
7-1	入院日数	30日以上45日未満	80,000円			
7-2	実治療日数	30日以上45日未満	40,000円			
8-1	入院日数	16日以上30日未満	50,000円			
8-2	実治療日数	16日以上30日未満	25,000円			
9-1	入院日数	6日以上16日未満	30,000円			
9-2	実治療日数	6日以上16日未満	15,000円			
10	実治療日数	1日以上6日未満	10,000円			

注1 実治療日数は、入院と通院の日数を合算した日数をいいます。
 注2 1日に2か所以上の医療機関等で治療を受けた場合の実治療日数は、1日として計算します。
 注3 3-1等級から9-2等級までの間においては、入院日数に応じた共済見舞金の額と実治療日数に応じた共済見舞金の額のいずれか高い額の等級で決定します。
 注4 交通災害申立書による請求の場合の共済見舞金は、3万円が限度となります。
 注5 請求期間は、事故日翌日から起算して2年以内です。2年を経過したものは無効になります。

備考（通信欄）

【記入例】
交通災害共済見舞金請求書

山梨県市町村総合事務組合長 殿

市町村名 □□□市

事故発生日時	平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 午前・午後 8 時 00 分		
事故発生場所	山梨県□□□市○○○7890 (※事故証明書等を参考にご記入ください。)		
発	飲酒運転の有無	有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	免許証の有無
生			有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
状	被害の程度	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 障害 身体障害者福祉法に基づく等級 (級)	運転免許証の写し(市役所又は町村役場で複写したもの)を裏面に貼付すること。(運転者の場合に限る。) <input checked="" type="checkbox"/> 傷害 入院日数 (日) 実治療日数(入院+通院) (100 日)
況	添付書類	・交通事故証明書(又は交通災害申立書) <input checked="" type="checkbox"/> ・診断書(検案書) <input checked="" type="checkbox"/> ・加入者証(写し) <input checked="" type="checkbox"/> ・免許証(写し) <input type="checkbox"/>	

上記により交通災害共済見舞金を請求します。

なお、貴組合が本見舞金請求に関する個人情報を見舞金に必要とする範囲で、医療機関及び事故に関する関係先等に提供を行い、又はこれらの者から提供を受けることに同意します。

平成○○年○○月○○日

被災加入者(加入者番号 1234-000) 請求者(被災加入者との続柄 本人)

住所(〒 123-4567) 住所(〒 123-4567)

山梨県□□□市△△△2345 山梨県□□□市△△△2345

加入者証に記載してあります番号をご記入願います。

氏名 組合花子 氏名 組合花子

請求者の連絡先(電話) ()

見舞金振込先 (請求者口座) ○○○ 銀行・信金 (金融機関コード: 0000) ○○○ 支店 (支店番号: 000)

普通預金 当座預金 その他 (口座番号) 123456789

<利用目的の明示>
被災加入者及び見舞金請求者の個人情報、本見舞金の支払いのほか、交通災害共済制度の維持管理に必要な範囲で利用

見舞金支払決定額	¥	「ゆうちょ銀行」に振込みを希望される方は、口座の記号・番号の記載された通帳の写しを添付してください。	見舞金額を制限した場合の理由																																																																												
<table border="1"> <tr> <th>等級</th> <th>被害の程度</th> <th>金額</th> <th>○印</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>死亡</td> <td>1,000,000円</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2-1</td> <td>身体障害者福祉法に</td> <td>1級から3級</td> <td>300,000円</td> </tr> <tr> <td>2-2</td> <td>基づく等級</td> <td>4級から7級</td> <td>200,000円</td> </tr> <tr> <td>3-1</td> <td>入院日数</td> <td>90日以上</td> <td>180,000円</td> </tr> <tr> <td>3-2</td> <td>実治療日数</td> <td>90日以上</td> <td>90,000円</td> </tr> <tr> <td>4-1</td> <td>入院日数</td> <td>75日以上90日未満</td> <td>160,000円</td> </tr> <tr> <td>4-2</td> <td>実治療日数</td> <td>75日以上90日未満</td> <td>80,000円</td> </tr> <tr> <td>5-1</td> <td>入院日数</td> <td>60日以上75日未満</td> <td>140,000円</td> </tr> <tr> <td>5-2</td> <td>実治療日数</td> <td>60日以上75日未満</td> <td>70,000円</td> </tr> <tr> <td>6-1</td> <td>入院日数</td> <td>45日以上60日未満</td> <td>110,000円</td> </tr> <tr> <td>6-2</td> <td>実治療日数</td> <td>45日以上60日未満</td> <td>55,000円</td> </tr> <tr> <td>7-1</td> <td>入院日数</td> <td>30日以上45日未満</td> <td>80,000円</td> </tr> <tr> <td>7-2</td> <td>実治療日数</td> <td>30日以上45日未満</td> <td>40,000円</td> </tr> <tr> <td>8-1</td> <td>入院日数</td> <td>16日以上30日未満</td> <td>50,000円</td> </tr> <tr> <td>8-2</td> <td>実治療日数</td> <td>16日以上30日未満</td> <td>25,000円</td> </tr> <tr> <td>9-1</td> <td>入院日数</td> <td>6日以上16日未満</td> <td>30,000円</td> </tr> <tr> <td>9-2</td> <td>実治療日数</td> <td>6日以上16日未満</td> <td>15,000円</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>実治療日数</td> <td>1日以上6日未満</td> <td>10,000円</td> </tr> </table>			等級	被害の程度	金額	○印	1	死亡	1,000,000円		2-1	身体障害者福祉法に	1級から3級	300,000円	2-2	基づく等級	4級から7級	200,000円	3-1	入院日数	90日以上	180,000円	3-2	実治療日数	90日以上	90,000円	4-1	入院日数	75日以上90日未満	160,000円	4-2	実治療日数	75日以上90日未満	80,000円	5-1	入院日数	60日以上75日未満	140,000円	5-2	実治療日数	60日以上75日未満	70,000円	6-1	入院日数	45日以上60日未満	110,000円	6-2	実治療日数	45日以上60日未満	55,000円	7-1	入院日数	30日以上45日未満	80,000円	7-2	実治療日数	30日以上45日未満	40,000円	8-1	入院日数	16日以上30日未満	50,000円	8-2	実治療日数	16日以上30日未満	25,000円	9-1	入院日数	6日以上16日未満	30,000円	9-2	実治療日数	6日以上16日未満	15,000円	10	実治療日数	1日以上6日未満	10,000円	<p>被災加入者以外の方が請求する場合は、『委任状』が別途必要になります。</p> <p>(被災加入者が未成年者の場合は、親権者が請求人となり、その際の委任状は不要です。)</p> <p>組合長 事務局長 業務課長 係</p> <p>総務課長 会計管理者 係 支給番号</p> <p>上記のとおり共済見舞金の支給を決定する。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>取扱主任 係 事務取扱者</p> <p>上記のとおり共済見舞金の支給を決定する。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>
等級	被害の程度	金額	○印																																																																												
1	死亡	1,000,000円																																																																													
2-1	身体障害者福祉法に	1級から3級	300,000円																																																																												
2-2	基づく等級	4級から7級	200,000円																																																																												
3-1	入院日数	90日以上	180,000円																																																																												
3-2	実治療日数	90日以上	90,000円																																																																												
4-1	入院日数	75日以上90日未満	160,000円																																																																												
4-2	実治療日数	75日以上90日未満	80,000円																																																																												
5-1	入院日数	60日以上75日未満	140,000円																																																																												
5-2	実治療日数	60日以上75日未満	70,000円																																																																												
6-1	入院日数	45日以上60日未満	110,000円																																																																												
6-2	実治療日数	45日以上60日未満	55,000円																																																																												
7-1	入院日数	30日以上45日未満	80,000円																																																																												
7-2	実治療日数	30日以上45日未満	40,000円																																																																												
8-1	入院日数	16日以上30日未満	50,000円																																																																												
8-2	実治療日数	16日以上30日未満	25,000円																																																																												
9-1	入院日数	6日以上16日未満	30,000円																																																																												
9-2	実治療日数	6日以上16日未満	15,000円																																																																												
10	実治療日数	1日以上6日未満	10,000円																																																																												

注1 実治療日数は、入院と通院の日数を合算した日数をいいます。
 注2 1日に2か所以上の医療機関等で治療を受けた場合の実治療日数は、1日として計算します。
 注3 3-1等級から9-2等級までの間においては、入院日数に応じた共済見舞金の額と実治療日数に応じた共済見舞金の額のいずれか高い額の等級で決定します。
 注4 交通災害申立書による請求の場合の共済見舞金は、3万円が限度となります。
 注5 請求期間は、事故日翌日から起算して2年以内です。2年を経過したものは無効となります。

備考(通信欄)